

Status Gizi Balita Berdasarkan Composite Index of Anthropometric Failure

Children Nutritional Status Based on Composite Index of Anthropometric Failure

Nurani Rahmadini, Trini Sudiarti, Diah Mulyawati Utari

Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Abstrak

Upaya menurunkan prevalensi kurang gizi pemerintah membuat program Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). Cakupan Kadarzi Kota Depok tahun 2011 rendah (12,7%) dan prevalensi gizi kurang, pendek, kurus berturut-turut 7,89%, 7%, 4,75%. Penelitian bertujuan mengetahui faktor dominan terhadap status gizi balita 6 – 59 bulan berdasarkan *Composite Index of Anthropometric Failure* (CIAF). Penelitian menggunakan data sekunder hasil survei Kadarzi 2011. Survei dilakukan di sebelas kecamatan Kota Depok menggunakan desain *cross sectional*. Sampel sebanyak 1.176 keluarga yang memiliki balita termuda umur 6 – 59 bulan. Variabel yang diteliti adalah status gizi balita, perilaku Kadarzi, status Kadarzi, karakteristik balita, dan karakteristik keluarga. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi balita gagal tumbuh 31%. Terdapat dua variabel yang memberikan pengaruh status gizi balita secara bersama-sama yaitu penimbangan balita (nilai $p = 0,003$) dan pendidikan ibu (nilai $p = 0,034$). Uji regresi logistik ganda menunjukkan penimbangan balita sebagai faktor dominan terhadap status gizi balita. Balita yang ditimbang tidak teratur berisiko 1,5 kali mengalami gagal tumbuh dibandingkan yang ditimbang teratur. Indeks CIAF berguna untuk mengetahui prevalensi gizi kurang secara keseluruhan dan penanggulangannya. Diperlukan penyuluhan dan promosi yang lebih aktif kepada masyarakat mengenai pentingnya pemantauan pertumbuhan balita melalui posyandu dan melakukan pembinaan kader posyandu dalam pemantauan status pertumbuhan anak sebagai deteksi dini adanya gangguan pertumbuhan.

Kata kunci: Balita, *composite index of anthropometric*, status gizi

Abstract

Effort to reduce malnutrition governments make *Keluarga Sadar Gizi* (Kadarzi). Kadarzi in Depok 2011 still low (12,7%) and the prevalence of underweight, stunting, wasting are respectively 7,89%, 7%, 4,75%. This study aimed to determine the dominant factor for nutritional status of children based on *Composite Index of Anthropometric Failure* (CIAF).

Research using secondary data survey Kadarzi 2011. The survey was conducted using a cross sectional study in 11 districts. Samples of 1,176 families who have children youngest aged 6 – 59 months. The variables studied were the nutritional status, Kadarzi behaviors, Kadarzi status, children characteristics, and family characteristics. Results showed prevalence of growth faltering (31%). There are two variables that influence nutritional status, child's weighing (p value = 0,003) and mother's education (p value = 0,034). Multiple logistic regression analysis show child's weighing as a dominant factor to the nutritional status of children. Children who are weighed not regularly are more risky 1,5 to get growth faltering then children who are weighed regularly. CIAF is useful to determine prevalence of undernutrition clearly and its solution. Counseling and promotion about child's growth monitoring are required as early detection of growth faltering.

Keywords: Children, composite index of anthropometric, nutritional status

Pendahuluan

Kurang gizi pada balita (bawah lima tahun) memberikan dampak negatif bagi pertumbuhan dan perkembangan. Dampak jangka pendek kurang gizi meliputi kesakitan, ketidakmampuan, dan kematian. Dampak jangka panjang meliputi menurunnya kemampuan intelektual, produktivitas ekonomi, dan performa reproduksi serta meningkatnya risiko penyakit metabolik dan kardiovaskular.¹ Selain berdampak pada kesehatan, kurang gizi pada balita juga memengaruhi ekonomi. Secara nasional besarnya estimasi kehilangan potensi ekonomi akibat gizi buruk pada balita sebesar 4,24 – 19,08 triliun rupiah per tahun.²

Alamat Korespondensi: Trini Sudiarti, Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Indonesia, Kampus Baru UI Gd. F Lt. 2 Depok 16424, Hp. 08158715343, e-mail: trini@ui.ac.id

Prevalensi gizi kurang di dunia 14,9% dan regional dengan prevalensi tertinggi adalah Asia Tenggara sebesar 27,3%.³ Angka balita kurang gizi di Indonesia masih cukup tinggi, yaitu gizi kurang 17,9%, pendek 35,6%, dan kurus 13,3%.⁴ Prevalensi balita gizi kurang di Provinsi Jawa Barat sebesar 13%, pendek 33,7%, dan kurus 11%.⁴ Masalah kurang gizi di Kota Depok juga merupakan masalah kesehatan masyarakat karena prevalensi balita gizi kurang sebesar 11,1%, pendek 31,1%, dan kurus 10,5%.⁵ Selain itu, Kota Depok merupakan kota dengan prevalensi balita kurus tertinggi di Jawa Barat yaitu 12,6%.⁶

Cakupan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) di beberapa wilayah di Indonesia masih tergolong rendah. Cakupan Kadarzi di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta 60,9%, di Provinsi Nusa Tenggara Timur 12,2% dan di Provinsi Kalimantan Barat 43,1%.^{7,8} Cakupan Kadarzi di Kota Depok tahun 2009 sebesar 12,7%.⁵ Angka ini masih lebih rendah jika dibandingkan cakupan Kadarzi di Kota Bandung 30,4% dan Jambi 57,9%.^{9,10} Proporsi status gizi balita berbeda antara Kadarzi dan belum Kadarzi.⁵ Masih jarang penelitian yang berhubungan dengan Kadarzi dan *Composite Index of Anthropometric Failure* (CIAF) di Indonesia. Kurang gizi pada balita akan terjadi jika kebutuhan tubuh untuk energi, protein, atau keduanya tidak tercukupi dengan baik. Menurut Black *et al*,¹ dampak yang ditimbulkan akibat kurang gizi pada balita dibedakan menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek meliputi kesakitan, ketidakmampuan, dan kematian. Dampak jangka panjang meliputi menurunnya ukuran tubuh saat dewasa, kemampuan intelektual, produktivitas ekonomi, performa reproduksi, dan meningkatnya risiko penyakit metabolik dan kardiovaskular.

Indeks gabungan antropometri atau CIAF adalah indeks antropometri yang menggabungkan ketiga indeks berat badan/umur, tinggi badan/umur, dan berat badan/tinggi badan untuk menentukan status gizi balita. Kategori status gizi berdasarkan CIAF dibedakan menjadi gagal tumbuh dan normal. Gagal tumbuh merupakan gabungan dari enam kategori, yaitu gizi kurang saja, pendek saja, kurus saja, gizi kurang dan pendek, gizi kurang dan kurus, dan gizi kurang, pendek, dan kurus. Balita dinyatakan status normal jika tidak mengalami gizi kurang, tidak pendek, dan tidak kurus.^{11,12} Gizi kurang, pendek, dan kurus ditentukan berdasarkan *Z score* < -2SD, sedangkan balita normal jika *Z score* ≥ -2SD.

Keluarga dikatakan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) jika telah menerapkan semua perilaku Kadarzi. Perilaku Kadarzi pada keluarga yang memiliki balita 6 – 59 bulan adalah menimbang balita secara teratur, balita mengonsumsi makanan beragam, keluarga menggunakan garam beryodium, dan balita mendapat vitamin A sesuai anjuran.¹³ Penimbangan berat badan harus dilakukan

secara rutin setiap bulannya. Melalui penimbangan berat badan dapat diketahui status pertumbuhan balita dan merupakan deteksi dini tumbuh kembang anak. Jika ditemukan kelainan pada tumbuh kembang dan status kesehatan, anak dapat dirujuk ke puskesmas. Makan makanan beragam merupakan pesan pertama dalam empat pilar gizi seimbang. Beraneka ragam artinya dalam menu makanan terdapat makanan sumber tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur. Pemberian pola asuh makan yang baik berhubungan dengan kualitas konsumsi makanan balita sehingga berpengaruh baik terhadap status gizi balita.¹⁴ Kekurangan yodium memengaruhi status gizi balita. Keluarga yang tidak menggunakan garam beryodium lebih berisiko memiliki balita gizi kurang, pendek, dan kurus dibandingkan keluarga yang menggunakan garam beryodium.¹⁵ Dalam upaya pencegahan dan penanggulangan kurang Vitamin A pemerintah melakukan tiga hal antara lain promosi, fortifikasi, dan suplementasi vitamin A. Suplementasi vitamin A dosis tinggi merupakan rencana program pemerintah jangka pendek.¹⁶ Oleh karena itu, tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor dominan yang memberikan pengaruh status gizi balita 6 – 59 bulan berdasarkan CIAF di Kota Depok.

Metode

Penelitian ini menganalisis data sekunder hasil survei Penilaian Status Gizi (PSG) Kadarzi tahun 2011 di Kota Depok. Survei yang dilakukan menggunakan rancangan penelitian *cross sectional*. Sampel adalah keluarga yang memiliki balita termuda 6 – 59 bulan. Pengambilan sampel melalui dua tahap, yaitu memilih sampel kluster (RW) di setiap kecamatan secara acak sistematis dan memilih sampel rumah tangga di setiap kluster terpilih dengan cara acak sederhana. Sampel yang digunakan sebanyak 1.176 keluarga yang memiliki balita termuda umur 6 – 59 bulan. Variabel dependen yang diteliti adalah status gizi balita yang dinyatakan berdasarkan indeks CIAF. Sebagai variabel independen meliputi keteraturan menimbang balita, konsumsi makanan beragam, penggunaan garam beryodium, suplementasi vitamin A, status Kadarzi, umur balita, jenis kelamin balita, status Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP – ASI) dini, pendidikan ayah, pendidikan ibu, pengetahuan Kadarzi ibu, usia ayah, usia ibu, jumlah anggota rumah tangga, dan jumlah balita dalam rumah tangga.

Informasi status gizi didapatkan melalui pengukuran antropometri. Balita diukur berat badan dan panjang badan atau tinggi badan kemudian diterjemahkan ke dalam nilai *Z* standar *world health organization* (WHO) 2005. Berdasarkan indeks berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) jika nilai *Z* < -2SD, berturut-turut balita mengalami gizi kurang, pendek, dan

kurus. Jika nilai $Z \geq -2SD$, berturut-turut balita memiliki gizi baik, tinggi badan normal, dan normal (tidak kurus). Berdasarkan indeks CIAF balita dikatakan gagal tumbuh jika termasuk gizi kurang saja; pendek saja; kurus saja; gizi kurang dan pendek; gizi kurang dan kurus; dan gizi kurang, pendek, dan kurus. Balita normal jika tidak gizi kurang, tidak pendek, dan tidak kurus. Semua data variabel independen diperoleh melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur.

Analisis yang dilakukan meliputi univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat dinyatakan dalam bentuk proporsi. Analisis bivariat menggunakan tabulasi silang uji χ^2 kuadrat dengan nilai $p = 0,05$ dan derajat risiko dinyatakan dalam *Odds Ratio* (OR). Analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik ganda model prediksi karena variabel dependen berupa data kategorik dan bersifat dikotom.

Hasil

Analisis univariat bertujuan mengetahui gambaran status gizi balita, perilaku Kadarzi, status Kadarzi, karakteristik balita, dan karakteristik keluarga. Analisis bivariat bertujuan mengetahui variabel yang memberikan perbedaan proporsi status gizi balita, sedangkan multivariat untuk mengetahui variabel yang paling dominan memberikan pengaruh terhadap status gizi balita. Variabel yang diduga memberikan pengaruh terhadap status gizi balita adalah penimbangan balita, konsumsi makanan beragam, penggunaan garam beryodium, suplementasi vitamin A, status Kadarzi, umur balita, jenis kelamin balita, status MP-ASI dini, pendidikan ayah, pendidikan ibu, pengetahuan Kadarzi ibu, umur ayah, umur ibu, jumlah anggota rumah tangga, dan jumlah balita dalam rumah tangga.

Tabel 1 menyajikan distribusi frekuensi masing-masing variabel dependen dan independen dari seluruh total sampel keluarga yang memiliki balita termuda 6 – 59 bulan.

Berdasarkan Tabel 2, terdapat 31% balita mengalami gagal tumbuh dan 69% balita normal. Prevalensi balita normal dengan menggunakan indeks CIAF lebih kecil jika dibandingkan hanya menggunakan indeks BB/U, TB/U, dan BB/TB. Balita pendek paling sering ditemukan dibandingkan balita gizi kurang dan balita kurus.

Tabel 3 memperlihatkan kecamatan dengan prevalensi gizi kurang, pendek, dan kurus tertinggi berturut-turut adalah Cilodong, Cinere, dan Pancoran Mas. Kecamatan Cinere merupakan kecamatan dengan prevalensi balita pendek dan balita gagal tumbuh tertinggi yaitu berturut-turut 31,8% dan 42,4%.

Tabel 4 memperlihatkan bahwa cakupan Kadarzi tahun 2011 di Kota Depok sebesar 29,8%. Cakupan perilaku Kadarzi yang masih rendah adalah konsumsi makanan beragam sedangkan penggunaan garam

Tabel 1. Distribusi Status Gizi Balita

Indeks	Kategori	n	%
Berat badan/umur	Gizi kurang	92	7,8
	Gizi baik	1.084	92,2
Tinggi badan/umur	Pendek	262	22,5
	Normal	914	77,7
Berat badan/tinggi badan	Kurus	101	8,6
	Normal	1.075	91,4

Tabel 2. Distribusi Status Gizi Balita Berdasarkan CIAF

Indeks	Kategori	n	%
CIAF	Gizi kurang saja	11	0,9
	Pendek saja	204	17,3
	Kurus saja	69	5,9
	Gizi kurang dan pendek	49	4,1
	Gizi kurang dan kurus	23	2
	Gizi kurang, pendek, dan kurus	9	0,8
	Normal	811	69

Tabel 3. Distribusi Status Gizi Balita Berdasarkan Kecamatan di Kota Depok

Kecamatan	Gizi Kurang (BB/U) (%)	Pendek (TB/U) (%)	Kurus (BB/TB) (%)	Gagal Tumbuh (CIAF) (%)
Cimanggis	8,5	20,3	5,1	26,3
Beji	5,6	12,5	8,3	20,8
Sukmajaya	4,7	31,5	7,1	39,4
Tapos	8,5	27,4	6,6	34,9
Limo	6,8	9,3	7,6	18,6
Sawangan	6,6	20,5	5,7	25,4
Cilodong	13	26,1	5,4	30,4
Cipayung	4,7	23,5	5,9	30,6
Pancoran Mas	12	22,8	16,3	38
Cinere	10,6	31,8	10,6	42,4
Bojongsari	5,4	15,2	16,1	30,4
Total	7,8	22,3	8,6	31

*Keterangan: BB/U = berat badan per umur; TB/U = tinggi badan per umur; BB/TB = berat badan per tinggi badan; CIAF = *Composite Index of Anthropometric Failure*

beriodium sudah diterapkan oleh hampir seluruh keluarga.

Balita lebih banyak yang berumur 24 – 59 bulan dan berjenis kelamin perempuan. Balita dikatakan MP-ASI dini jika mendapat MP-ASI pada umur < 6 bulan dan tidak MP-ASI dini jika mendapat MP-ASI pada umur ≥ 6 bulan. Balita tidak MP-ASI dini dan kemungkinan telah mendapatkan ASI eksklusif sebesar 52,3%.

Ayah dan ibu lebih banyak yang berpendidikan menengah ke atas karena minimal telah menamatkan jenjang SMA. Pengetahuan Kadarzi ibu masih kurang, sebagian besar ibu hanya mampu menjawab pertanyaan $\leq 80\%$ dari total skor. Pengetahuan yang dapat dijawab oleh seluruh ibu adalah manfaat Fe bagi ibu hamil dan manfaat vitamin A bagi ibu nifas. Ayah dan ibu lebih banyak yang berumur 26 – 35 tahun. Sebagian besar

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Variabel Independen

Variabel Independen	Kategori	n	%
Penimbangan balita	Tidak teratur	290	24,7
	Teratur	886	75,3
Konsumsi makanan beragam	Tidak beragam	535	45,5
	Beragam	641	54,5
Konsumsi garam beryodium	Tidak beryodium	33	2,8
	Beryodium	1.143	97,2
Suplementasi vitamin A	Tidak sesuai anjuran	262	22,3
	Sesuai anjuran	914	77,7
Status Kadarzi	Belum Kadarzi	825	70,2
	Kadarzi	351	29,8
Usia balita	6 – 11 bulan	194	16,5
	12 – 23 bulan	330	28,1
	24 – 59 bulan	652	55,4
Jenis kelamin	Laki-laki	562	47,8
	Perempuan	614	52,2
Status MP-ASI dini	MP-ASI dini	561	47,7
	Tidak MP-ASI dini	615	52,3
Pendidikan ayah	Tidak tamat SD	15	1,3
	Tamat SD	82	7,0
	Tamat SMP	172	14,6
	Tamat SMA	635	54,0
	Tamat PT	272	23,1
Pendidikan ibu	Tidak tamat SD	21	1,8
	Tamat SD	118	10,0
	Tamat SMP	239	20,3
	Tamat SMA	612	52,0
	Tamat PT	186	15,8
Pengetahuan Kadarzi ibu	Kurang	1.090	92,7
	Baik	86	7,3
Usia ayah	≤ 25 tahun	66	5,6
	26 – 35 tahun	618	52,6
	> 35 tahun	492	41,8
Usia ibu	≤ 25 tahun	205	17,4
	26 – 35 tahun	712	60,5
	> 35 tahun	259	22,0
Jumlah anggota rumah tangga	> 4 anggota	377	32,1
	≤ 4 anggota	799	67,9
Jumlah balita dalam rumah tangga	> 1 balita	73	6,2
	1 balita	1.103	93,8

*Keterangan: Kadarzi = Keluarga Sadar Gizi; MP-ASI = Makanan Pendamping Air Susu Ibu

rumah tangga memiliki satu balita dan lebih banyak yang tergolong dalam keluarga kecil dengan jumlah ≤ anggota.

Variabel yang memberikan perbedaan proporsi status gizi balita adalah penimbangan balita, status Kadarzi, dan pendidikan ibu. Proporsi balita gagal tumbuh yang menimbang tidak teratur, keluarga belum Kadarzi, ibu berpendidikan sekolah dasar dan sekolah menengah atas secara bermakna lebih banyak dari yang menimbang teratur, keluarga Kadarzi, dan ibu berpendidikan perguruan tinggi. Tabel 5 menunjukkan tabulasi silang hasil analisis bivariat variabel independen yang memberikan perbedaan proporsi status gizi balita. Balita gagal tumbuh yang ditimbang tidak teratur 38%, sedangkan balita gagal tumbuh yang ditimbang teratur 30%. Hasil analisis didapatkan nilai $p = 0,004$ menunjukkan ada perbedaan proporsi balita gagal tumbuh berdasarkan keteraturan menimbang. Balita yang ditimbang tidak teratur berisiko 1,51 kali mengalami gagal tumbuh dibandingkan balita yang di-

timbang teratur. Balita gagal tumbuh pada keluarga yang belum Kadarzi 33,1%, sedangkan balita gagal tumbuh pada keluarga Kadarzi 26,2%. Ada perbedaan proporsi balita gagal tumbuh antara Kadarzi dengan belum Kadarzi (nilai $p = 0,024$). Keluarga yang belum Kadarzi berisiko 1,39 kali memiliki balita gagal tumbuh dibandingkan Kadarzi.

Pendidikan ibu yang menunjukkan perbedaan proporsi status gizi balita adalah tamat SD dan tamat SMA dengan membandingkan terhadap tamat PT. Balita gagal tumbuh yang ibunya berpendidikan SD 34,7% dan yang ibunya berpendidikan SMA 33%, sedangkan balita gagal tumbuh yang ibunya berpendidikan PT 22%. Ibu yang tamat PT memiliki efek protektif 0,53 kali untuk memiliki balita gagal tumbuh dibandingkan ibu tamat SD (nilai $p = 0,016$). Ibu yang tamat PT memiliki efek protektif 0,57 kali untuk memiliki balita gagal tumbuh dibandingkan ibu tamat SMA (nilai $p = 0,004$).

Hasil analisis multivariat menunjukkan terdapat dua

Tabel 5. Hasil Analisis Bivariat Variabel Status Gizi Balita

Karakteristik Keluarga	Kategori	Status Gizi (CIAF)						OR	95% CI	Nilai p
		Gagal tumbuh		Normal		Total				
		n	%	n	%	n	%			
Penimbangan balita	Tidak teratur	110	38	180	62	290	100	1,51	1,14 – 1,99	0,004*
	Teratur	255	30	631	70	886	100			
Status Kadarzi	Belum Kadarzi	273	33,1	552	66,9	825	100	1,39	1,05 – 1,84	0,024*
	Kadarzi	92	26,2	259	73,8	351	100			
Pendidikan ibu	Tidak tamat SD	8	38,1	13	61,9	21	100	0,45	0,17 – 1,18	0,107
	Tamat SD	41	34,7	77	65,3	118	100	0,53	0,31 – 0,88	0,016*
	Tamat SMP	72	30	167	70	239	100	0,65	0,42 – 1,02	0,062
	Tamat SMA	203	33	409	67	612	100	0,57	0,38 – 0,83	0,004*
	Tamat PT	41	22	145	78	186	100	1,000		

*Signifikan pada $p \leq 0,05$

Tabel 6. Model Prediksi Status Gizi Balita di Kota Depok

Variabel Independen	B	Nilai p	OR	95% CI
Penimbangan balita	0,433	0,003*	1,541	1,160-2,049
Pendidikan ibu				
Tidak tamat SD	-0,856	0,134	0,425	0,139-1,301
Tamat SD	-0,404	0,246	0,668	0,337-1,322
Tamat SMP	-0,270	0,356	0,763	0,430-1,354
Tamat SMA	-0,506	0,034*	0,603	0,378-0,962
Tamat PT			1,000	

*Signifikan pada $p \leq 0,05$

variabel yang berpengaruh pada status gizi balita adalah penimbangan balita dan pendidikan ibu. Berdasarkan nilai OR tertinggi didapatkan penimbangan balita sebagai faktor paling dominan berpengaruh status gizi balita ($OR = 1,54$).

Pembahasan

Berdasarkan hasil survei PSG Kadarzi di Kota Depok pada tahun 2009 dan 2011 prevalensi balita gizi kurang, pendek, dan kurus mengalami penurunan. Pada tahun 2009 prevalensi gizi kurang, pendek, dan kurus berturut-turut 11,1%, 31,1%, dan 10,5%.⁵ Pada penelitian ini (tahun 2011) prevalensi gizi kurang, pendek, dan kurus berturut-turut 7,8%, 22,3%, dan 8,6%. Angka ini masih berada di bawah angka internasional, regional, nasional, dan provinsi. Prevalensi gizi kurang di dunia sebesar 14,9% dan Asia Tenggara 27,3%.³ Prevalensi gizi kurang, pendek, dan kurus di Indonesia berturut-turut 17,9%, 35,6%, dan 13,3%.⁴ Prevalensi balita gizi kurang di Provinsi Jawa Barat sebesar 13%, pendek 33,7%, dan kurus 11%.⁴ Meskipun demikian, balita pendek dan kurus di Depok masih merupakan masalah kesehatan masyarakat karena prevalensi pendek $> 20\%$ dan prevalensi kurus $> 5\%$.¹⁷

Prevalensi gagal tumbuh berdasarkan indeks gabungan sebanyak 31% dan 69% balita normal. Angka ini lebih besar jika dibandingkan dengan gagal tumbuh di

beberapa negara seperti Bolivia (26,6%), Peru (23,8%), Cina (27,9%), dan Zimbabwe (29,82%), namun lebih rendah jika dibandingkan dengan India yaitu 59,8% dan Provinsi Jawa Barat yaitu 69,1%.^{12,18-21} Jika hanya menggunakan salah satu indikator status gizi, akan kehilangan informasi masalah kurang gizi yang lain. Hal ini akan memengaruhi upaya penanggulangan karena informasi rujukan yang digunakan ternyata tidak mewakili masalah yang sebenarnya. Itulah sebabnya terkadang upaya penanggulangan masalah gizi telah dilakukan, namun prevalensi kurang gizi masih cukup tinggi.

Survei PSG Kadarzi di Kota Depok telah dilaksanakan pada tahun 2009 dan 2011. Cakupan setiap perilaku Kadarzi berturut-turut pada tahun 2009 dan 2011 antara lain balita ditimbang secara teratur sebesar (90,6% dan 75,3%), balita mengonsumsi makanan beragam (54,9% dan 54,5%), keluarga menggunakan garam beryodium (90,5% dan 97,2%), dan balita mendapat vitamin A (75,5% dan 77,7%). Cakupan Kadarzi secara keseluruhan berturut-turut 12,7% dan 29,8%. Dapat dikatakan bahwa cakupan balita ditimbang secara teratur dan balita mengonsumsi makanan beragam mengalami penurunan. Sebaliknya, perilaku keluarga yang menggunakan garam beryodium, balita mendapat vitamin A, dan cakupan Kadarzi mengalami peningkatan. Berdasarkan target capaian pemerintah tahun 2011 menunjukkan hanya perilaku konsumsi makanan beragam yang belum mencapai target sementara perilaku Kadarzi yang lain telah mencapai target.

Cakupan Kadarzi tahun 2011 di Kota Depok masih rendah jika dibandingkan dengan beberapa provinsi dan kota. Cakupan Kadarzi di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (60,9%) dan di Provinsi Kalimantan Barat (43,1%).^{7,8} Kadarzi di Kota Depok juga masih tertinggal dari Kota Bandung (30,4%) dan Kota Jambi (57,9%).^{9,10} Cakupan Kadarzi di Kota Depok masih lebih tinggi jika dibandingkan Provinsi Nusa Tenggara Timur yaitu 12,2%.⁸

Balita yang ditimbang tidak teratur berisiko 1,5 kali mengalami gagal tumbuh (mengalami satu macam kurang gizi atau kombinasi beberapa kurang gizi) dibandingkan balita yang ditimbang teratur. Hal ini dikarenakan penimbangan berat badan harus dilakukan secara rutin setiap bulannya. Melalui penimbangan berat badan dapat diketahui status pertumbuhan balita dan merupakan deteksi dini tumbuh kembang anak. Jika ditemukan kelainan pada tumbuh kembang dan status kesehatan anak maka dapat segera dilakukan upaya untuk perbaikan tumbuh kembang dan kesehatan. Hidayat dan Jahari menyatakan bahwa rumah tangga yang memanfaatkan posyandu lebih banyak, status gizi balita lebih baik dan angka kesakitan lebih rendah dibandingkan yang tidak memanfaatkan posyandu.²²

Keluarga yang belum Kadarzi berisiko memiliki balita gagal tumbuh 1,4 kali dibandingkan Kadarzi. Penilaian Kadarzi merupakan gabungan keempat indikator. Dikatakan Kadarzi jika telah menerapkan keempat perilaku Kadarzi dan belum Kadarzi jika satu atau lebih perilaku Kadarzi belum diterapkan. Hasil penelitian terlihat bahwa konsumsi makanan beragam paling sering belum diterapkan (65%), kemudian diikuti dengan menimbang balita (35%), suplementasi vitamin A (32%), dan penggunaan garam beryodium (4%). Ibu sangat berperan dalam memperkenalkan makanan beragam dan bergizi sejak balita. Balita harus dibiasakan sejak dini untuk mengonsumsi lauk hewani, sayur dan buah. Kebiasaan ibu juga memengaruhi pola asuh makan. Ibu yang tidak suka sayur dan buah cenderung tidak memberikan sayur dan buah kepada balitanya.

Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu semakin rendah prevalensi gagal tumbuh. Ibu yang tamat PT memiliki efek protektif untuk tidak memiliki balita gagal tumbuh dibandingkan ibu tamat SD dan tamat SMA. Salah satu penyebab tidak langsung kurang gizi pada balita adalah kurangnya pola asuh yang memadai. Beberapa hal penting terkait pola asuh yang dapat memengaruhi kesehatan dan gizi anak adalah pemberian makan, perlindungan kesehatan anak, mendukung dan menstimulasi kognitif anak.²³ Terciptanya pola asuh yang baik tidak lepas dari peran ibu. Ibu merupakan pihak terpenting dalam kelangsungan hidup balita. Ibu berperan sebagai orang yang mengandung, melahirkan, menyusui, dan mengasuh memberikan pengaruh besar terhadap tumbuh kembang balita. Sebagai dasar pembentukan pola asuh yang baik salah satunya melalui pendidikan.²³

Hasil analisis multivariat menunjukkan penimbangan balita merupakan faktor dominan terhadap status gizi balita (gagal tumbuh). Balita yang ditimbang tidak teratur berisiko 1,5 kali mengalami gagal tumbuh dibandingkan yang ditimbang secara teratur. Oleh karena itu, perlu adanya peningkatan peran atau pembinaan posyandu. Selain berfungsi untuk pemantauan pertum-

buhan, posyandu juga sebagai pelayanan kesehatan. Melalui kegiatan posyandu, balita akan terpantau pertumbuhannya, mendapatkan imunisasi, suplementasi vitamin, dan konseling.

Pembinaan posyandu berbeda-beda berdasarkan tingkat perkembangan posyandu. Tingkat perkembangan posyandu mulai dari terendah hingga tertinggi antara lain Posyandu Pratama, Posyandu Madya, Posyandu Purnama, dan Posyandu Mandiri. Posyandu di Kota Depok berjumlah 974 yang terdiri dari 1,75% Posyandu Pratama, 41,89% Posyandu Madya, 31,52% Posyandu Purnama, dan 24,85% Posyandu Mandiri.²⁴ Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perkembangan Posyandu pratama adalah memotivasi masyarakat dan menambah jumlah kader. Upaya untuk Posyandu madya adalah pelatihan tokoh masyarakat dan menerapkan Survei Mawas Diri dan Musyawarah Masyarakat Desa di Posyandu. Upaya untuk Posyandu purnama adalah sosialisasi dana sehat dan pelatihan dana sehat. Sedangkan upaya untuk Posyandu mandiri adalah pembinaan dana sehat dan menambah program tambahan sesuai masalah dan kemampuan.²⁵

Keaktifan posyandu harus didukung berbagai pihak. Pemerintah Kota Depok harus mendukung baik materil maupun moril. Penghargaan kepada posyandu yang aktif dapat memupuk jiwa sosial kader sehingga semakin giat mengaktifkan posyandu. Pembinaan kader dan penyuluhan kepada masyarakat sangat diperlukan. Hal ini tidak hanya menjadi tanggung jawab Pemerintah Kota Depok melainkan institusi pendidikan yang juga berperan untuk memberi manfaat kepada warga sekitar.

Kesimpulan

Penimbangan balita sebagai faktor dominan terhadap kejadian balita gagal tumbuh setelah dikontrol pendidikan ibu. Balita yang tidak ditimbang secara teratur berisiko 1,5 kali mengalami gagal tumbuh dibandingkan yang ditimbang secara teratur.

Saran

Dalam menginterpretasikan masalah gizi sebaiknya dinas kesehatan menggunakan indeks gabungan antropometri (CIAF) untuk mengetahui masalah gizi kurang secara keseluruhan dan penanggulangannya. Diperlukan penyuluhan dan promosi yang lebih aktif kepada masyarakat mengenai pentingnya pemantauan pertumbuhan balita melalui posyandu dan melakukan pembinaan kader posyandu dalam pemantauan status pertumbuhan anak sebagai deteksi dini adanya gangguan pertumbuhan.

Daftar Pustaka

1. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet Series*. 2008; 371(9608): 243-60.

2. Aries M, Martianto D. Estimasi kerugian ekonomi akibat status gizi buruk dan biaya penanggulangannya pada balita di berbagai provinsi di Indonesia. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 2006; 1(2): 26-33.
3. World Health Organization. *World health statistics*. Geneva: WHO Press; 2010.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Laporan riset kesehatan dasar nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
5. Kusumawijaya TB. Hubungan perilaku Kadarzi dengan status gizi balita di Kota Depok tahun 2009 [skripsi]. Depok: Universitas Indonesia; 2010.
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Laporan riset kesehatan dasar Provinsi Jawa Barat*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
7. Hariyadi D, Ekayanti I. Analisis pengaruh perilaku keluarga sadar gizi terhadap stunting di Provinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Teknologi dan Kejuruan*. 2010; 34(1): 71-80.
8. Zahraini Y. Hubungan status Kadarzi dan status gizi balita (12-59) bulan di Provinsi D.I. Yogyakarta dan Nusa Tenggara Timur (Analisis data sekunder Riskesdas tahun 2007) [skripsi]. Depok: Universitas Indonesia; 2009.
9. Misbakhudin. Hubungan pengetahuan dan sikap suami dengan perilaku keluarga mandiri sadar gizi (Kadarzi) di Kota Bandung Provinsi Jawa Barat [tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2007.
10. Syafly H. Hubungan perilaku keluarga sadar gizi (Kadarzi) dengan status gizi balita di Kota Jambi [Skripsi]. Bogor: Institut Pertanian Bogor; 2011.
11. Bose K, Mandal GC. Proposed new anthropometric indices of childhood undernutrition. *Malaysian Journal of Nutrition*. 2010; 16(1): 131-6.
12. Shailen N, Irving M, Gordon D, Subramanian SV, Smith GD. Policy and practice: poverty, child undernutrition and morbidity: new evidence from India. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005; 83: 210-6.
13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 747/Menkes/SK/VI/2007 tentang pedoman operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2007.
14. Masithah T, Soekirman, Martianto D. Hubungan pola asuh makan dan kesehatan dengan status gizi anak balita di Desa Mulya Harja. *Media Gizi dan Keluarga*. 2005; 29(2): 29-39.
15. Semba RD, De Pee S, Hess SY, Sun K, Sari M, Bloem MW. Child malnutrition and mortality among families not utilizing adequately iodized salt in Indonesia. *American Journal of Clinical Nutrition* [serial on internet]. 2006; 87(2): 438-44 [cited 2013 May 13]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18258636>.
16. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Apa dan mengapa tentang vitamin A. Panduan praktis untuk praktisi kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
17. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Rencana aksi pembinaan gizi masyarakat 2010-2014*. Jakarta: Raja Grafindo Persada; 2010.
18. Nandy S, Miranda JJ. Overlooking undernutrition? using composite index of anthropometric failure to assess how underweight misses and misleads the assessment of undernutrition in young children. *Social Science and Medicine*. 2008; 66: 1963-6.
19. Dang SN, Yan H. Optimistic factors affecting nutritional status among children during early childhood in rural areas of Western China. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* [serial on internet]. 2007; 41: 108-14 [cited 2013 May 3]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17767873>.
20. Hartrtgen K dan Misselhorn M. A multilevel approach to explain child mortality and undernutrition in South Asia and Sub-Saharan Africa; 2006 [cited 2013 April 26]. Available from: www.opus.zbw-kiel.de/volltexte/2006/4743/pdf/Misselhorn.pdf.
21. Besral. Efek Program Keluarga Harapan terhadap status gizi anak usia di bawah tiga tahun pada rumah tangga miskin di Jawa Barat [disertasi]. Depok: Universitas Indonesia; 2011.
22. Hidayat TS, Jahari AB. Perilaku pemanfaatan posyandu hubungannya dengan status gizi dan morbiditas balita. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 2012; 40(1): 1-10.
23. United Nations Children's Fund. *The state of the world's children*. New York: Oxford University Press; 1998.
24. Dinas Kesehatan Kota Depok. *Profil kesehatan Kota Depok tahun 2011*. Depok: Dinas Kesehatan Kota Depok; 2011.
25. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman umum pengelolaan Posyandu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.